

人生の最終段階における医療・ケア の決定プロセスに関する指針

国立病院機構 神奈川病院

目次

I. はじめに.....	
II. 人生の最終段階における医療・ケアの基本方針.....	
III. 用語の定義	
IV. 人生の最終段階における意思決定支援体制	
V. 人生の最終段階における意思決定支援の実際	
VI. 支援の記録	
VII. 終わりに.....	

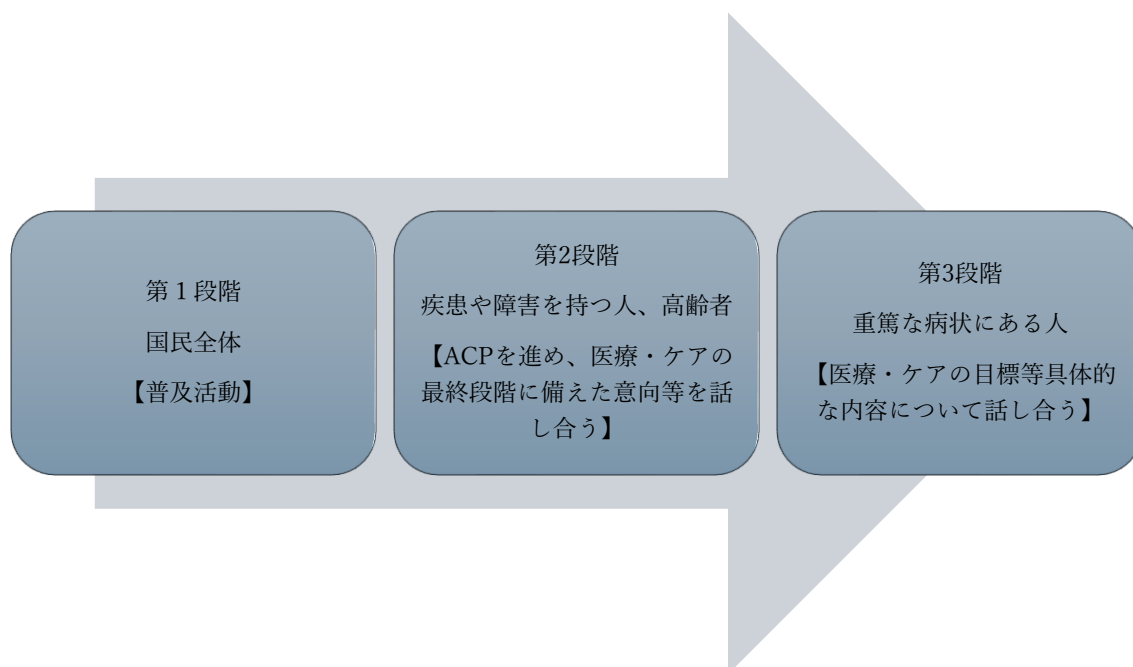
I. はじめに

医療法第1条の4第2項では、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」とされており、本人の判断能力の程度にかかわらず、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、本人による意思決定を基本とした上で適切な医療提供を行うことが重要である。

人生の最終段階においては、本人の意思が一番重要であり、その意思を尊重した医療・ケアを提供する中で、尊厳ある生き方を実現していかなければならない。近年では、本人の意思決定を支援する方策として、Advance Care Planning（ACP）の考え方が普及しつつある。

ACPは人生曲線に沿って、健康な段階から開始し、健康状態の変化時やライフイベントの折に繰り返し実施するものである。（下図）本人の意思は変化し得るものであることから、医療関係者より適切な情報提供と説明がなされた上で、本人を主体にその家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思を共有しておくことが重要である。

神奈川病院では、患者が自らの価値観に基づき、適切な医療・ケアを選択することが出来るよう、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（平成30年3月改訂 厚生労働省）の考え方も踏まえ、意思決定支援に関する指針を定める。本指針の対象は、下図の第2～3段階とする。



第1段階は、対象は健康なすべての成人かつ生や死を考える人である。ACPの目的や必要性を知り、死生観・人生観・生き方を考える対話の経験をする段階である。第2段階は、対象は疾病や障害をもつ人、および高齢者である。第2段階は、個人の健康

状態や状況に応じて、本人・家族・医療ケア提供者の3者で個々の状態に応じて個別に実施する。ACPで話し合う内容は、自分の生き方を再考、個別の状況に応じた医療やケアの選択、人生の最終段階に備えた意向などである。第3段階は、対象は重篤な病状や人生の最終段階にある人である。そのため、差し迫った状況の中で看取り期を見据えた医療やケアの具体的な選択が必要となる。人生の最終段階の医療・ケアについて、療養生活の意向や看取りの場、代弁者の選定などの確認も必要である。第3段階は医療機関、救急の場、高齢者施設、在宅医療やケア提供の場が実践の場とする。

II. 人生の最終段階における医療・ケアの基本方針

人生の最終段階を迎える患者が、その人らしい最期を迎えられるよう、医療・ケアチームで、患者とその家族等に対して、適切な説明と話し合いを行い、患者本人の意思決定を尊重し、医療・ケアを提供することに努める。

1. 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進める。
2. 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いを繰り返し行う。
3. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いを繰り返し行う。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておく。
4. 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。
5. 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。
6. 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本指針の対象としない。
7. このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度文書にまとめておく。

Ⅲ. 用語の定義

- ・ ACP (Advance Care Planning) : 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス
病気を持った人に対する A C P の開始時期は、早すぎても遅すぎても適切ではない。一般に生命が危険である病気をもち、人生の最終段階について考えておくことが必要な時期が適切である。
- ・ 医療・ケアチーム : 患者を担当する医師、看護師、ソーシャルワーカー、リハビリ部門担当者（理学療法士、作業療法士等、本人の療養希望場所が施設や地域の場合、在宅や施設の担当者も含める）
- ・ 家族等 : 本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在。法的な親族関係を意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。

Ⅳ. 人生の最終段階における意思決定支援体制

1. 支援体制

- (1) 医療・ケアチーム（担当医、担当看護師を中心としたプライマリケアチーム）
本人の意思を丁寧にくみ取り、関係者と共有する取り組みを行う。本人の意思は、時間経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があり、本人の意思の尊重につなげるため、本人・家族等と繰り返し話し合いを行いながら、適切な医療・ケアの検討をする。
- (2) 倫理委員会
担当部署内の多職種間で解決できない課題について、診療に求められる倫理性の適正な保持と促進に資するに必要な検討や助言等を行う。

Ⅴ. 人生の最終段階における意思決定支援の実際

1. 意思決定能力の査定

1) 理解

- ☒ 病気の内容（病名、病状、病期など）を述べることができるか。
- ☒ 提案された治療と代替案の内容を述べることができるか。
- ☒ それらの利益・不利益を述べることができるか。

2) 認識

- ☒ 病気や症状の存在を自覚し、治療や意思決定の必要性を自分のこととしてとらえることができるか。
（「他人に委ねること」も含め「自分が決める」と認識できているか）
- ☒ 提案された治療方針が自分の健康に利益をもたらすことを理解しているか。

3) 論理的思考

- ☑ 選択肢が自分に与える利益、不利益のバランスを考慮しながら、自己査定しているか。
- ☑ 選択肢が日常生活に与える影響について検討しているか。
- ☑ 選択の内容は一貫しているか。
- ☑ 選択は患者自身の推論に基づいているか。

4) 表明

- ☑ 提示された選択肢の中から特定のものを選ぶことができているか、あるいは、他者に選択を依頼しているか。
- ☑ 「分からない」「選べない」も含めて自分の考えを伝えることができるか。

2. 意思決定能力を高める支援

- ☑ 不足している情報や関わりを追加する。
- ☑ 部分的な誤認識については、繰り返しの説明や視覚資料等で補う。
- ☑ 本人の自発的意思の言語化を促し、本人のペースで決断できるように支援する。

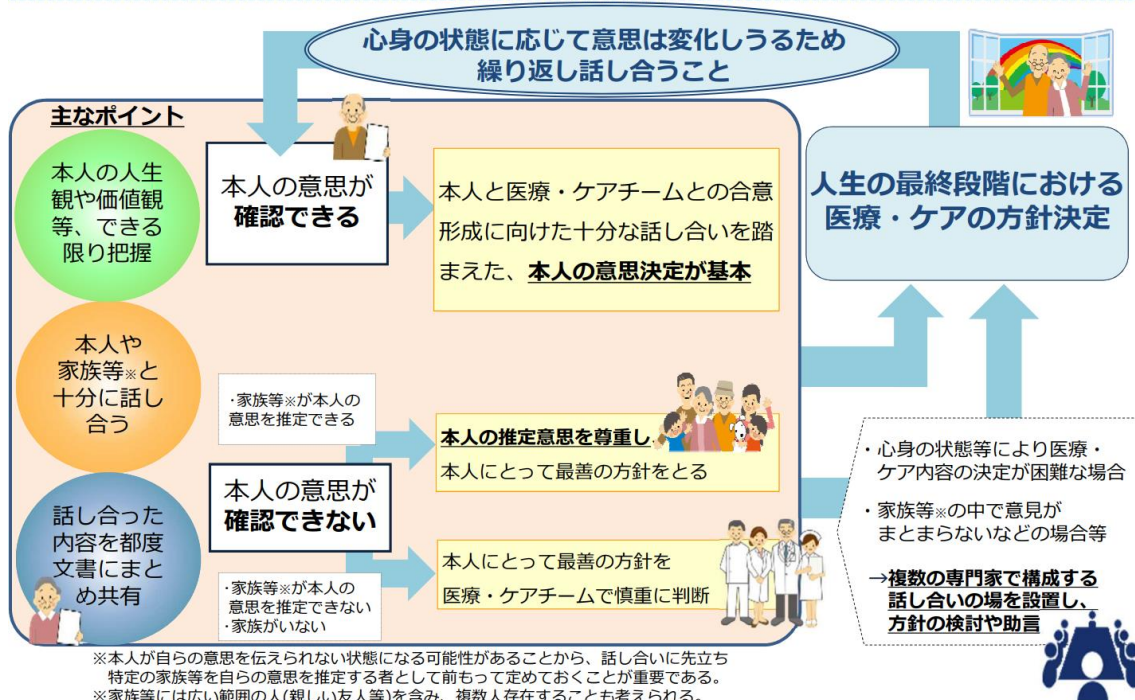
3. 意思決定能力の再査定

4. 意思決定支援（図1：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定の概要 全体概要版 p20）
資料1、2を使用し意思決定支援について説明する。また、資料3、4を使用し患者・家族より情報収集及び思いを傾し支援につなげる。

（図1）

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



1) 本人の意思が確認できる場合

- ① 患者の病状認識を確認する。
- ② 話し合いを導入する。 患者から「自分で決められなくなった時に備えた話し合い」を行うことの同意を得る。
- ③ 代理決定者（意思推定者）の選定を行う。
- ④ 患者、代理決定者（意思推定者）、医療者で今後の見通しの共有を行う。
- ⑤ 話し合いのプロセスを三者で共有する。
 - ☒療養や生活に関する不安
 - ☒大切にしたいこと
 - ☒治療の選好「して欲しいこと」「絶対受け入れがたいこと」等
- ⑥ 話し合った内容を要約し、患者・代理決定者（意思推定者）にフィードバックする。
- ⑦ 記録に残し、関係部署と共有する。

2) 本人の意思が確認できない場合

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとることを基本とする。
 - ☒過去に患者が語った言葉や書いた文書（等）などがある場合
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等が居ない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、記録する。

3) 認知症等で意思決定することが困難な患者の意思決定支援

認知症等で、自らが意思決定することが困難な場合は、厚生労働省の作成した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」を参考に、できる限り患者本心の意思を尊重し反映した意思決定を、家族及び関係者やチームが関与して支援する。

4) 身寄りのない患者における決定支援

身寄りが無い患者における医療・ケアについてのプロセスは、本人の判断能力の程度や入院費用等の視力の有無、信頼できる関係者の有無等により状況が異なるため、介護・福祉サービスや行政の関わり等を利用して、患者本人の意思を尊重しつつ厚生労働省の「身寄りが無い人の入院及び医療に係る、意思決定が困難な人への支援に関するガイ

ドライン」を参考にその決定を支援する

3) 治療やケアの方針決定が困難な場合

① 倫理委員会による話し合いの場の設置

上記1) 及び2) の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合等については、臨床倫理コンサルテーションチーム、倫理委員会による話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討 及び助言を行うことが必要である。

6. 事前指示の意思表示

本人の意思については、本人の口頭または文書等による意思表示のほかに、本人が正常な判断ができない。あるいは本人が意思を明らかにできないような状態では、本人の文書等による事前の意思表示を確認することが重要である。話したくない、考えたくない等という本人の意思に反して強制されるものではない。生死にかかわる極めて微妙な問題であり、本人の心身の状態を考慮するなど十分に配慮することが望ましい。

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

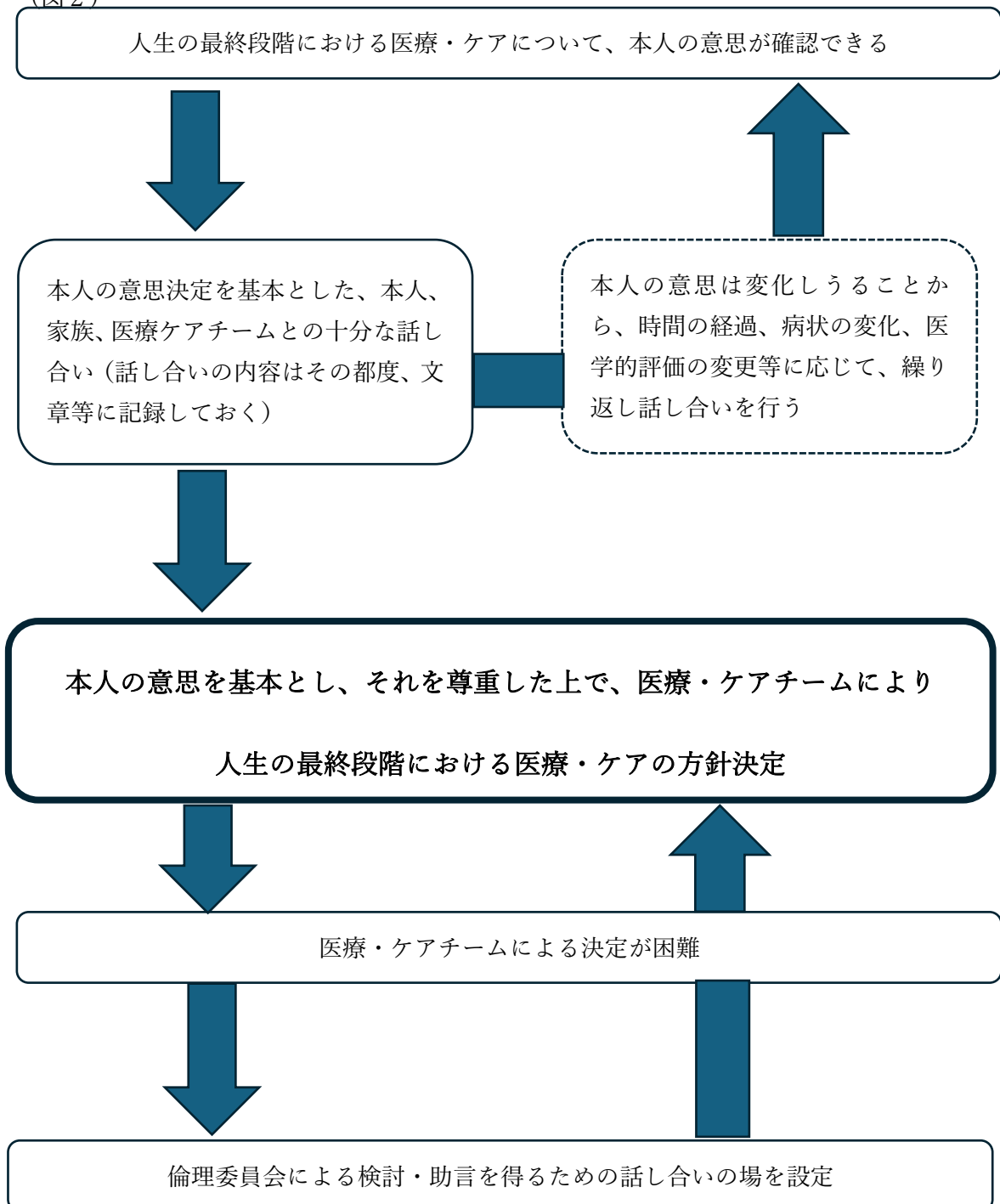
心肺停止状態に陥った時、心肺蘇生術 (CPR) をしないという本人の意向があり、この本人の意向を関係する医療者に表明するものが DNAR 指示である。DNAR 指示は死が予期される不可逆性疾患の終末期や救急医療の現場において蘇生の可能性がほとんどないことが前提であり、担当する医療チームが CPR を試みないことが適切であると合意していることが必要である。DNAR は CPR (心臓マッサージ、気管内挿管、人工呼吸器、除細動、昇圧剤の使用) についてのみ拒否するというものであり、それ以外の生命維持の治療 (抗菌薬の投与、輸血、透析等) や苦痛の緩和等の治療やケアを制限するものではない。

人生最終段階における医療・ケアの方針決定に至るプロセス

(図 2, 3 奈良県立医科大学付属病院、2023 より)

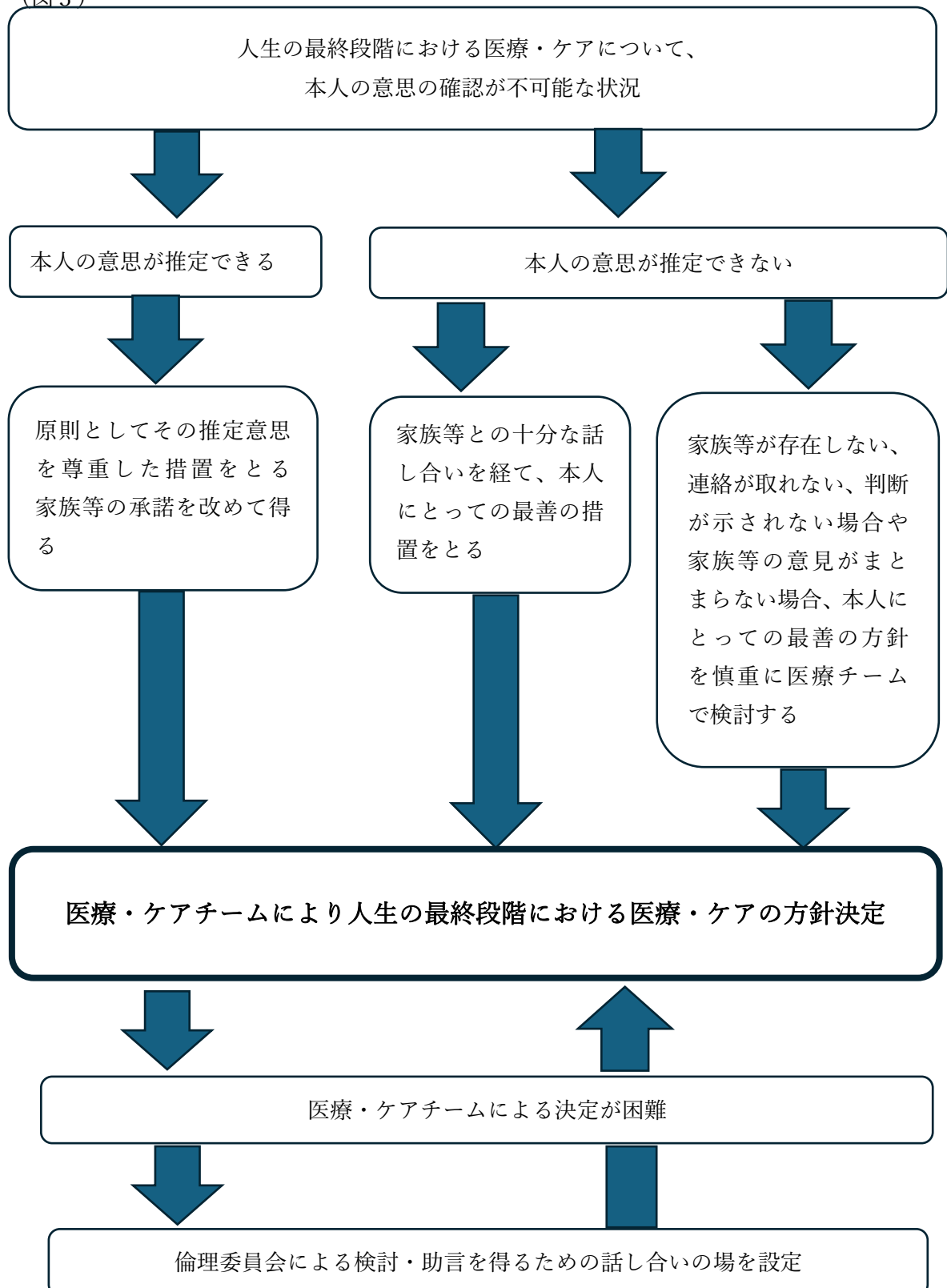
1. 本人の意思が確認できる場合

(図 2)



2, 本人の意思が確認できない場合

(図3)



VI. 支援の記録

1. 診療録

主治医が患者・家族等に人生の最終段階の状態であることを説明し、以下の内容について 診療録に記録する。また、説明時に同席した看護師等も同様に、診療録にその内容を記載する。

①人生の最終段階であること

人生の最終段階であること、家族等に説明した内容、説明を受けた者の理解・状況

②患者の意思または推定意思とその根拠

患者本人の意思、代理意思決定者による推定意思、医療・ケアチームメンバー名

③今後の医療・ケアの方針 考えられる選択肢とそれらの利益・不利益、患者にとって最善の治療方針についての検討事項、検討メンバー名

2. 臨床倫理コンサルテーションチーム・倫理委員会申請

医療・ケアチームの話し合いで解決がされず、臨床倫理コンサルテーションチーム・倫理 委員会に相談する場合は、主治医等が申請書を作成し、倫理委員会事務局へ申請書を提出する。

VII. 終わりに

本人の意思決定を尊重した医療・ケアを提供し、人生の最終段階においても尊厳ある生き方を実現するために、本人が意思を明らかにできるときから、家族等及び医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、その意思を共有しておくことが重要である。